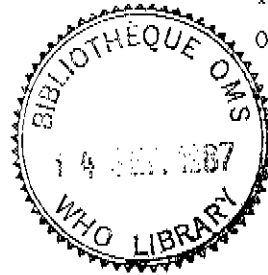




WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

E. 8183
DGO/86.1 14120
1 de diciembre de 1986
ORIGINAL: INGLES



VIGILANCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE SALUD PARA TODOS
EN EL AÑO 2000

Marco común: Vigilancia (MCV)

Los Estados Miembros han convenido en verificar periódicamente los progresos en la aplicación de sus estrategias nacionales de salud para todos y evaluar los efectos de éstas en el mejoramiento del estado de salud de la población, sirviéndose para ello de los indicadores apropiados. Utilizando un marco común, los Estados Miembros empezaron en 1983 a informar sobre los progresos en la aplicación de sus estrategias, y en 1985 sobre la evaluación de la eficacia de dicha aplicación. El presente marco común revisado tiene por objeto facilitar a los Estados Miembros el acopio y el análisis de información adecuada para seguir verificando los progresos en la aplicación de sus estrategias nacionales de salud para todos e informar a sus comités regionales en 1988, conforme a lo dispuesto en la resolución WHA39.7 (1986). La vigilancia de los progresos en la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos, que se basarán en los resultados obtenidos a nivel nacional y regional, serán analizados por el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud en 1989.

Este documento consta de dos partes interdependientes. La primera se refiere a los principales puntos y las cuestiones pertinentes que los Estados Miembros deberán analizar cuando vigilen su estrategia y a los que deberán referirse en sus informes nacionales. La segunda parte consta de un anexo con breves notas explicativas que contribuyen a aclarar los puntos y preguntas contenidos en la primera parte. Se ha incluido además una lista de referencias en la página 6 que pueden consultarse en caso de que haga falta más información.

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	3
REFERENCIAS	6
PUNTOS PARA LA VIGILANCIA DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD PARA TODOS	
I. VIGILANCIA Y EVALUACION	7
Punto 1: Proceso y mecanismos de vigilancia	7
II. POLITICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD	8
Punto 2: Políticas sanitarias nacionales	9
Punto 3: Estrategias nacionales de salud para todos	9
III. DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD	10
Punto 4: Organización del sistema de salud basado en la atención primaria	11
Punto 5: Colaboración intersectorial	11
Punto 6: Participación de la comunidad	12
Punto 7: Proceso y mecanismos de gestión	12
Punto 8: Recursos de personal de salud	12
Punto 9: Investigación y tecnología	13
Punto 10: Utilización y movilización de recursos	13
IV. ACCION INTERNACIONAL	15
Punto 11: Transferencia internacional de recursos	16
Punto 12: Cooperación interpaíses	16
Punto 13: Cooperación internacional (incluso con la OMS)	17
V. DISPONIBILIDAD DE ATENCION DE SALUD	18
Punto 14: Disponibilidad de atención primaria de salud	19
VI. SITUACION SANITARIA Y SOCIOECONOMICA	20
Punto 15: Situación sanitaria	20
Punto 16: Algunos indicadores sociales y económicos	21
Punto 17: Indicadores regionales	21
Punto 18: Indicadores nacionales	21
VII. CONCLUSION	22
Punto 19: Comentarios generales sobre los progresos y la acción futura	22
ANEXO	23

INTRODUCCION

1. Cuando los Estados Miembros adoptaron por unanimidad la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 (resolución WHA34.36, mayo de 1981) y el Plan de Acción para aplicarla (resolución WHA35.23, mayo de 1982), acordaron vigilar los progresos en la aplicación de sus estrategias nacionales y evaluar sus efectos en el mejoramiento del estado de salud de la población, utilizando al efecto indicadores apropiados. Los Estados Miembros acordaron además establecer lo antes posible un proceso de vigilancia y evaluación que respondiera a sus necesidades, como parte de su proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud.

2. La Asamblea Mundial de la Salud decidió vigilar los progresos y evaluar la eficacia de la aplicación de la Estrategia a intervalos regulares, y propuso que los informes correspondientes fueran analizados con carácter bienal por los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud, y que, cada seis años, se efectuase una evaluación de la eficacia y del efecto de la Estrategia en los planos nacional, regional y mundial. Los Estados Miembros iniciaron el proceso en 1983 con un primer informe sobre la vigilancia de los progresos en la aplicación de sus estrategias nacionales, seguido en 1985 de un primer informe sobre la evaluación de la eficacia de dicha aplicación.

3. Habida cuenta de la necesidad de que los Estados Miembros refuercen sus medios nacionales para vigilancia y evaluación, incluido el correspondiente apoyo de información, como parte de su proceso general de gestión, la 39ª Asamblea de la Salud, por la resolución WHA39.7 (mayo de 1986) decidió instituir la presentación de informes sobre vigilancia de los progresos en la aplicación de la Estrategia cada tres años, en vez de cada dos, manteniendo la evaluación de la eficacia de la aplicación de la Estrategia en un ciclo de seis años, a partir de 1985.

4. Al ser parte integrante de cualquier proceso de gestión, la vigilancia es una actividad continua. La presentación de informes sobre progresos y resultados que han de analizar las instancias decisorias nacionales es periódica, y en la mayoría de los casos anual. Como ya se ha indicado, los países han resuelto además informar a la OMS cada tres años sobre los progresos en la aplicación de sus estrategias nacionales. Esa distinción entre la vigilancia en el plano nacional como proceso y la presentación de informes a la OMS como actividad periódica es importante. En lo que respecta a ésta última, es preciso acopiar, analizar y sintetizar información escogida sobre los progresos en los principales componentes de la estrategia de salud para todos y en los indicadores mundiales (y también los regionales o nacionales, cuando existan). Se comprendió que la presentación de informes sistemáticos y el resumen de informaciones a nivel regional y mundial sería más fácil si se adoptase un marco común (uniforme) de referencia. Así, en 1982 se preparó un Marco y Formato Comunes (MFC) que

facilitasen a los Estados Miembros el acopio y el análisis de la información necesaria para vigilar los progresos en la aplicación de sus estrategias nacionales de salud para todos e informar sobre dichos progresos a los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud.¹ Ulteriormente se preparó un MFC ampliado para informar sobre la evaluación de la eficacia en la aplicación de la Estrategia.²

5. Si los países han introducido un proceso para vigilar los progresos y evaluar la eficacia en la aplicación de sus estrategias, es de suponer que los informes que sometan a los comités regionales de la OMS se basen en los datos que se acopien y analicen sistemáticamente en apoyo de las actividades nacionales de desarrollo de la salud. Por otra parte, si ese proceso todavía no se ha implantado o no funciona debidamente, los países pueden utilizar el marco común como un instrumento y considerarlo como una oportunidad para iniciar el establecimiento de mecanismos nacionales de vigilancia de los progresos y evaluación de la eficacia en la aplicación de sus estrategias. Los resultados de la vigilancia y el proceso de evaluación pueden servir para ampliar el sistema de consultas dentro del sector de salud y entre éste y otros sectores, y para facilitar a las autoridades la determinación de las medidas principales que han de adoptarse si ha de acelerarse la aplicación de las estrategias nacionales.

6. Este Marco Común - Vigilancia (MCV) ha sido revisado a la luz de los comentarios y las sugerencias de los Estados Miembros y las oficinas regionales sobre el MFC y su aplicación. Ahora, el punto de referencia para evaluar los progresos en la aplicación de las estrategias nacionales está constituido por los informes nacionales de 1985. Así, los Estados Miembros podrán:

- comparar su situación sanitaria en los distintos periodos para los que se preparan informes;
- medir los progresos en relación con las metas establecidas;
- exponer las dificultades y los obstáculos encontrados; y
- utilizar el análisis resultante para el mejoramiento de sus planes de salud y la reprogramación, en caso necesario.

7. En la presente fase debe recalcar que el MCV no es tan sólo "un cuestionario más de la OMS", sino un importante medio para el proceso de vigilancia y evaluación

¹ Documento DCO/82.1.

² Documento DCO/84.1.

que es esencial como elemento que facilita la buena marcha del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. En última instancia, la responsabilidad final por la vigilancia y la evaluación de la aplicación de las estrategias nacionales de salud para todos incumbe a cada Estado Miembro.

8. Al igual que los anteriores marcos comunes, el MCV enuncia los principios generales contenidos en la Estrategia de Salud para Todos y destaca las preguntas pertinentes que los Estados Miembros pueden formularse al examinar los progresos. El MCV consta de una serie de puntos subdivididos en preguntas que los funcionarios del Estado han de estudiar para vigilar los progresos, así como también de un anexo complementario. En cada punto o pregunta se hace referencia a la sección apropiada del anexo, que contiene indicaciones relativas a las preguntas que se han de examinar. Esas indicaciones están tomadas de la Serie "Salud para Todos" de la OMS y de otras fuentes adecuadas de información. (En la página 6 figura una lista completa de las referencias). Se recomienda examinar detenidamente esas referencias para aclaración de las preguntas o principios, cuando sea necesario.

9. Es de esperar que cada Estado Miembro presente su informe al comité regional respectivo. El presente informe se presentará como documento aparte. En cada caso se indicará el número del punto del MCV sobre el que se informa. Por ejemplo, cuando el informe se refiera a asuntos relacionados con recursos de personal de salud, la sección llevará el epígrafe "Punto 8: Recursos de personal de salud". El informe llevará además una página de cubierta con el nombre del Estado Miembro, la fecha de terminación del informe y el periodo a que se refiere (por ejemplo, 1985-1987). Por último, para cualquier aclaración necesaria se sugiere dirigirse al representante de la OMS o, si no existe uno, al Director Regional competente.

REFERENCIAS

Serie "Salud para Todos" de la OMS

- Nº 1 - Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud (1978)
- Nº 2 - Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000 (1979)
- Nº 3 - Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 (1981)
- Nº 4 - Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000 (1981)
- Nº 5 - Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales (1981)
- Nº 6 - Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales (1981)
- Nº 7 - Plan de acción para aplicar la Estrategia Mundial de Salud para Todos (con inclusión del Índice alfabético de los números 1-7 de la Serie "Salud para Todos") (1982)
- Nº 8 - Séptimo Programa General de Trabajo para el periodo 1984-1989 (1982)
- Nº 9 - Glosario de términos empleados en la Serie "Salud para Todos", números 1-8 (1984)

Otros documentos de la OMS

Marco y formato comunes para vigilar los progresos realizados en la aplicación de las estrategias de salud para todos en el año 2000. Ginebra, OMS, 1982. (Documento DGO/82.1.)

Planificación de las finanzas en el sector de salud. Manual para países en desarrollo, Ginebra, OMS, 1983.

Guidelines for costing primary health care. Ginebra, OMS, 1984. (Documento SHS/84.3.)

Evaluación de las estrategias de salud para todos en el año 2000 - Marco y formato comunes. Ginebra, OMS, 1984. (Documento DGO/84.1.)

Normas para preparar una política regional de presupuesto por programas. Ginebra, OMS, 1985. (Documento DGO/85.1.)

Marco de gestión para la utilización óptima de los recursos de la OMS en apoyo directo a los Estados Miembros. (Documento WHA38/1985/REC/1, anexo 3.)

Evaluación de la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, Séptimo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial. Ginebra, OMS, 1986. (Documento A39/3.)

Planning of the finances of health for all. Ginebra, OMS, 1985. (Documento EB77/INF.DOC./1.)

PUNTOS PARA LA VIGILANCIA DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD PARA TODOS

I. VIGILANCIA Y EVALUACION

Los gobiernos tendrán que determinar si progresa la aplicación de sus estrategias y si éstas producen los efectos previstos en el mejoramiento de la situación sanitaria de la población. Para ello habrán de introducir, si aún no lo han hecho, un proceso de vigilancia y evaluación apropiado a sus necesidades, como parte de su proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. En todo caso, ese proceso, cuya índole precisa puede variar según los países, deberá incluir la vigilancia de los progresos habidos en la aplicación de las medidas acordadas, la eficacia con que aplican esas medidas y la evaluación de su efectividad y de sus repercusiones en el desarrollo sanitario y socioeconómico de la población.¹

PUNTO 1: PROCESO Y MECANISMOS DE VIGILANCIA

(véase el anexo, p. 24)

- 1.1 ¿Se ha introducido un proceso de vigilancia en todos los niveles del sistema de salud? De no ser así, ¿cuáles son las principales deficiencias y dificultades?
- 1.2 ¿Para qué indicadores mundiales² (e indicadores regionales, si procede) no se dispone fácilmente de información? En este caso, ¿cuáles son las principales dificultades?
- 1.3 ¿Cuáles son las principales dificultades y obstáculos para mejorar el apoyo de información a la vigilancia de la estrategia nacional? ¿Qué medidas principales se han adoptado desde 1985 para vencer dichas dificultades y obstáculos?

¹ Serie "Salud para Todos", Nº 3, 1981 (p. 78).

² Idem (pp. 79-82).

II. POLITICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD

La Estrategia de Salud para Todos se funda en el concepto de sistemas de salud nacionales basados en la atención primaria de salud, descrito en el informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978. Se apoya en la acción concertada en el sector de la salud y los sectores socioeconómicos afines, de conformidad con los principios de la Declaración de Alma-Ata. La Estrategia es igualmente válida para todos los países, en desarrollo o desarrollados; al mismo tiempo, en ella se hace particular hincapié en las necesidades de los países en desarrollo.¹

Las políticas fundamentales comprendidas en la Estrategia de Salud para Todos se indican a grandes rasgos en la Estrategia Mundial. Esas políticas propugnan: el compromiso político del Estado en su conjunto; labor concertada de los sectores social y económico en lo que se refiere a desarrollo nacional y de la comunidad; distribución equitativa de recursos dentro de los países y entre éstos; participación de la comunidad en la conformación de su propio futuro sanitario y socioeconómico; y cooperación técnica y económica entre países.

¹ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 12).

PUNTO 2: POLITICAS SANITARIAS NACIONALES

(véase el anexo, p. 25)

- 2.1 ¿Cuáles son las principales orientaciones de las políticas sanitarias nacionales? ¿De qué modo se reflejan éstas en las políticas generales de desarrollo del país?
- 2.2 ¿Qué revisiones, si las hubo, se han hecho de las políticas existentes desde 1985? ¿Qué aspectos requieren fortalecimiento?

Indicador mundial N° 1: La salud para todos ha sido adoptada como política en el más alto nivel oficial¹

- 2.3 ¿Qué pruebas hay de una continua adhesión política a la salud para todos en el más alto nivel oficial?
- 2.4 ¿Qué obstáculos, si los hubo, han impedido el desarrollo de políticas sanitarias nacionales ajustadas a la política de salud para todos y qué medidas están previstas para vencer esos obstáculos?

PUNTO 3: ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD PARA TODOS

(véase el anexo, p. 26)

- 3.1 ¿Se han actualizado la estrategia y el plan de acción nacionales desde 1985? ¿A qué periodo corresponden? ¿Cómo se reflejan en el plan nacional de desarrollo?
- 3.2 Si en 1985 no se había establecido todavía una estrategia nacional de salud para todos, ¿se ha trazado una desde entonces? ¿Cuáles son sus principales orientaciones?
- 3.3 ¿Qué obstáculos principales, si los hubo, han impedido el establecimiento de una estrategia nacional de salud para todos? ¿Qué medidas están previstas para vencer esos obstáculos?

¹ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 80).

III. DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD

Los principios generales del desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria se establecen a grandes rasgos en la Estrategia Mundial de Salud para Todos.¹ Los países habrán de seguir organizando sus sistemas de salud con arreglo a esos principios generales, evaluarán los progresos, identificarán las dificultades y los obstáculos y aplicarán medidas para eliminarlos. Al vigilar los progresos en el desarrollo de sistemas de salud debe prestarse atención especial a los procesos iniciados, a su compatibilidad con los principios de salud para todos y a su idoneidad para alcanzar la meta.

En el análisis de los progresos son importantes los siguientes aspectos del desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria:

- Punto 4 Organización del sistema de salud basado en la atención primaria
- Punto 5 Colaboración intersectorial
- Punto 6 Participación de la comunidad
- Punto 7 Proceso y mecanismos de gestión
- Punto 8 Recursos de personal de salud
- Punto 9 Investigación y tecnología
- Punto 10 Utilización y movilización de recursos

¹ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (pp. 41-53).

PUNTO 4: ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD BASADO EN LA
ATENCIÓN PRIMARIA

(véase el anexo, p. 27)

- 4.1 ¿Se ha conseguido una plena aceptación y comprensión de la atención primaria en todos los niveles del sistema de salud? Si no es así, ¿cuáles son las dificultades? ¿Qué medidas están previstas para eliminarlas?
- 4.2 ¿Qué medidas principales se han adoptado desde 1985 para reorientar y fortalecer el sistema de salud en el sentido de la atención primaria? Determine si son adecuadas para aplicar la estrategia nacional de salud para todos. ¿Qué aspectos requieren más atención?
- 4.3 ¿Qué otras medidas se han adoptado para mejorar la coordinación dentro del sector de salud? ¿Qué obstáculos se han encontrado y cómo se los piensa eliminar? Específicamente ¿se han establecido sistemas adecuados de envío de casos entre los distintos escalones del sistema de salud? Si no es así, ¿qué medidas están previstas en ese sentido?

PUNTO 5: COLABORACION INTERSECTORIAL

(véase el anexo, p. 29)

- 5.1 ¿Qué políticas de otros sectores de importancia crítica para la salud influyen positiva o negativamente en el estado sanitario de la población? Cítense ejemplos. ¿De qué modo colabora o intenta influir el sector de salud en el desarrollo de esas políticas?
- 5.2 ¿Qué mecanismo institucional se ha establecido para conseguir que las metas de salud sean parte integrante de las políticas y programas de desarrollo socioeconómico? ¿Existen mecanismos para la vigilancia y el análisis sistemáticos de las repercusiones que tienen en la salud los grandes proyectos de desarrollo? Cítense ejemplos específicos y examínese su idoneidad.
- 5.3 ¿Qué mecanismos se han establecido para la colaboración intersectorial en los escalones local, intermedio y central del sistema de salud? Examínese su idoneidad.
- 5.4 ¿Qué factores principales han facilitado la acción intersectorial?
- 5.5 ¿Cuáles son los principales obstáculos para la colaboración con otros sectores en el desarrollo de la salud? ¿Qué medidas están previstas para eliminarlos?

PUNTO 6: PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

(véase el anexo, p. 32)

Indicador mundial N° 2: Se han constituido o fortalecido mecanismos para asociar a la población en la ejecución de las estrategias, y esos mecanismos funcionan efectivamente¹

- 6.1 ¿Qué políticas y mecanismos específicos se han elaborado para que las comunidades participen en la planificación y aplicación de la estrategia nacional de salud? ¿Son apropiados esos medios?
- 6.2 ¿De qué manera participan las comunidades en los asuntos de salud? Cítense ejemplos.
- 6.3 ¿Qué medidas se han adoptado para que la población comprenda mejor sus problemas de salud y la manera de resolverlos?
- 6.4 ¿Cómo contribuyen las organizaciones no gubernamentales a la estrategia de salud? ¿Qué medidas están previstas para reforzar esa contribución?
- 6.5 ¿Cuáles han sido los obstáculos para la participación de la comunidad y qué medidas están previstas para eliminarlos?

PUNTO 7: PROCESO Y MECANISMOS DE GESTION

(véase el anexo, p. 34)

- 7.1 ¿Qué proceso de gestión, con sus correspondientes mecanismos, se ha emprendido para desarrollar, actualizar, aplicar y vigilar la estrategia y el plan de acción nacionales? Describese brevemente.
- 7.2 ¿Qué obstáculos, si los hubo, han impedido la adopción de las medidas necesarias de gestión y qué se ha hecho desde 1985 para eliminarlos?

PUNTO 8: RECURSOS DE PERSONAL DE SALUD

(véase el anexo, p. 35)

- 8.1 ¿Se ha establecido un plan de recursos de personal de salud para atender las necesidades de la estrategia? ¿Qué cambios importantes, si los hubo, se han introducido desde 1985?

¹ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 80).

- 8.2 ¿Se han hecho progresos hacia una distribución equitativa de los recursos de personal de salud en las zonas urbanas y las rurales? Si no es así, ¿cuáles son las deficiencias? ¿Qué medidas están previstas para eliminar dichas deficiencias?
- 8.3 ¿Qué nuevas medidas se han adoptado desde 1985 en materia de enseñanza y formación profesional de personal de salud?
- 8.4 ¿Qué nuevas medidas se han adoptado para interesar más al personal de salud en la atención primaria?
- 8.5 ¿Qué obstáculos principales ha habido para aplicar el plan de recursos de personal de salud y qué medidas están previstas para eliminarlos?

PUNTO 9: INVESTIGACION Y TECNOLOGIA

(véase el anexo, p. 36)

- 9.1 ¿Existe una política nacional de selección y uso de tecnología de salud en los diferentes niveles del sistema? Describasc brevemente
- 9.2 ¿Qué mecanismos de consulta y coordinación se han establecido con grupos y comunidades apropiados para la selección y el uso de tecnología de atención de salud?
- 9.3 ¿Se ha trazado una política nacional de investigaciones centrada en los problemas prioritarios de salud? ¿Cuáles son sus principales orientaciones?
- 9.4 ¿Qué mecanismos se han establecido o reforzado para facilitar la coordinación de las investigaciones sobre salud, para promoverlas y para difundir los resultados?
- 9.5 ¿Qué obstáculos principales se han encontrado para elaborar o aplicar políticas nacionales de investigación y tecnología? ¿Qué medidas están previstas para eliminarlos?

PUNTO 10: UTILIZACION Y MOVILIZACION DE RECURSOS

(véase el anexo, p. 38)

- 10.1 ¿Existe un plan básico de movilización y uso de recursos humanos, materiales y financieros en apoyo de la estrategia nacional de salud para todos?
- 10.2 ¿Qué medidas se han adoptado desde 1985 en lo tocante a reasignación de recursos humanos, materiales y financieros para la aplicación de la estrategia nacional?

- 10.3 ¿Qué se ha hecho desde 1985 para movilizar más recursos materiales y financieros internos?¹
- 10.4 ¿Qué medidas se han adoptado para la utilización óptima de los recursos por el sector de salud?
- 10.5 ¿Han resultado adecuadas las medidas 10.2 a 10.4? De no ser así, ¿cuáles han sido los principales obstáculos y qué medidas están previstas para eliminarlos?

Indicador mundial N° 3: Se destina a la salud el 5% por lo menos del producto nacional bruto²

- 10.6 ¿Qué porcentaje del producto nacional bruto se destina a la salud?

Indicador mundial N° 4: Se dedica una proporción razonable de los gastos nacionales en salud a la atención de salud local²

- 10.7 ¿Qué proporción de los gastos nacionales en salud se dedica a la atención primaria de salud?

Indicador mundial N° 5: Los recursos están distribuidos equitativamente³

- 10.8 ¿Se han distribuido los recursos para atención primaria de salud de manera que lleguen a los grupos social y geográficamente desventajados y subatendidos?

¹ La transferencia internacional de recursos corresponde al punto 11.

² Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 80).

³ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 81).

IV. ACCION INTERNACIONAL¹

La acción internacional en apoyo de la acción nacional de desarrollo de los sistemas de salud se centrará en el fortalecimiento de las infraestructuras nacionales de salud y en el fomento de los servicios y las técnicas de salud que sean apropiados en las circunstancias. En el plano internacional se necesitan constantes esfuerzos para conseguir que los organismos bilaterales y multilaterales dediquen parte de sus recursos al apoyo de la Estrategia, de modo que esos recursos obren efectos multiplicadores en los países.

La primera función constitucional de la OMS es actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional. La acción sanitaria internacional de la Organización comprende en esencia las funciones inseparables de coordinación y cooperación técnica, que se apoyan mutuamente. Así pues, la función de la OMS comprenderá la coordinación de todos los aspectos de la Estrategia y la cooperación con los Estados Miembros, así como la tarea de facilitar la cooperación entre éstos en relación con la Estrategia. En particular, la OMS facilita la cooperación técnica y económica entre los países en desarrollo.

¹ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (pp. 53, 61 y 83).

PUNTO 11: TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE RECURSOS

(véase el anexo, p. 44)

Para los países en desarrollo:

- 11.1 ¿Se ha hecho un análisis sistemático de las necesidades de apoyo externo a la estrategia nacional de salud para todos? ¿Qué necesidades prioritarias se han identificado?

Indicador mundial N° 6: El número de países en desarrollo con estrategias de salud para todos bien definidas, acompañadas de asignaciones de recursos explícitas, cuyas necesidades en materia de recursos externos reciben apoyo sostenido de países más acomodados¹

- 11.2 ¿Qué porcentaje de los recursos externos necesarios ha sido recibido? Indíquense los sectores en que se ha recibido apoyo desde 1985. ¿Para qué necesidades prioritarias no se recibió apoyo adecuado?

Para los países donantes:

- 11.3 ¿Qué apoyo se ha prestado desde 1985 para la aplicación de las estrategias de salud de los países en desarrollo? Indíquese en dólares de los Estados Unidos, con mención de los sectores generales a que se prestó apoyo.

PUNTO 12: COOPERACION INTERPAISES

(véase el anexo, p. 45)

- 12.1 ¿Qué nuevos sectores prioritarios de cooperación interpaíses se han identificado desde 1985, por conducto de la CTPD/CEPD² o por acuerdos bilaterales, que faciliten la aplicación de la estrategia nacional?
- 12.2 ¿Qué modalidades o mecanismos principales de cooperación interpaíses se han utilizado? Cítense ejemplos.
- 12.3 ¿Qué factores principales: a) han facilitado o b) han inhibido esa cooperación? ¿Qué medidas se han tomado o se tomarán para eliminar los obstáculos?

¹ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 81).

² Cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD); cooperación económica entre países en desarrollo (CEPD).

PUNTO 13: COOPERACION INTERNACIONAL (INCLUSO CON LA OMS) (véase el anexo, p. 46)

Cooperación con la OMS

- 13.1 ¿De qué modo la cooperación con la OMS facilita directamente la aplicación de la estrategia nacional?
- 13.2 En relación con la política de la OMS sobre el uso racional de sus recursos, ¿qué medidas se han adoptado desde 1985 a escala nacional para mejorar la eficiencia en el empleo de dichos recursos?
- 13.3 ¿Qué factores principales han: a) contribuido a una cooperación fructífera con la OMS; b) impedido una cooperación óptima con la Organización? ¿Qué medidas correctivas se han adoptado o se adoptarán para resolver los problemas?

Cooperación con otros organismos

- 13.4 ¿Qué otras iniciativas importantes de cooperación internacional (Naciones Unidas) o multilateral, o actividades no gubernamentales, existen que guarden relación con la salud e influyan en la aplicación de la estrategia nacional? ¿Qué mecanismos se han establecido para la coordinación completa del apoyo internacional a las estrategias nacionales?

V. DISPONIBILIDAD DE ATENCION DE SALUD

"La atención primaria de salud comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales."¹

La mayoría de los elementos esenciales de la atención primaria de salud figuran en la definición del indicador mundial N° 7, que dice:²

"La atención primaria de salud está a disposición de toda la población y comprende por lo menos los elementos siguientes:

- agua potable en la vivienda, o a una distancia que no exceda de 15 minutos a pie, e instalaciones de saneamiento adecuadas en la vivienda o en su proximidad inmediata;
- inmunización contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis;
- atención de salud local, incluida la posibilidad de disponer de 20 medicamentos esenciales por lo menos, a una distancia que pueda recorrerse en una hora de marcha o de transporte;
- personal adiestrado para la asistencia a la maternidad y a los partos y para la asistencia a los niños, por lo menos durante el primer año de vida."

¹ Serie "Salud para Todos", N° 1, 1978 (p. 4).

² Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 81).

PUNTO 14: DISPONIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD (véase el anexo, p. 48)

- 14.1 ¿Qué porcentaje de la población dispone de agua potable en la vivienda, o a una distancia que no exceda de 15 minutos a pie?¹
- 14.2 ¿Qué porcentaje de la población dispone de instalaciones adecuadas de evacuación de excretas en la vivienda o cerca de ésta?¹
- 14.3 ¿Qué porcentaje de niños han sido inmunizados contra las seis enfermedades del PAI durante el primer año de vida y qué porcentaje de mujeres gestantes están inmunizadas contra el tétanos?²
- 14.4 ¿Qué porcentaje de la población dispone de tratamiento contra enfermedades y traumatismos comunes y de un suministro regular de 20 medicamentos esenciales a una distancia que pueda recorrerse en una hora de marcha o de transporte?¹
- 14.5 ¿Qué porcentaje de mujeres gestantes están atendidas por personal capacitado?¹
- 14.6 ¿Qué porcentaje de partos se efectúa con asistencia de personal capacitado?¹
- 14.7 ¿Qué porcentaje de lactantes son atendidos por personal capacitado?¹

¹ Conviene indicar por separado la cobertura para las zonas urbanas y para las rurales (la definición se facilitará) y por subdivisiones geográficas/administrativas.

² Habrá de indicarse la cobertura para las seis enfermedades del PAI juntas y por separado para cada vacuna, y por subdivisiones geográficas/administrativas.

VI. SITUACION SANITARIA Y SOCIOECONOMICA

Los países han aprobado ya una lista de indicadores determinativos de la situación sanitaria y socioeconómica a escala mundial.¹ Algunas regiones de la OMS han establecido además indicadores regionales y muchos países pueden utilizar asimismo otros en consonancia con sus necesidades y sus medios. Para evaluar las tendencias es útil hacer un análisis periódico de los indicadores nacionales, regionales y mundiales.

PUNTO 15: SITUACION SANITARIA

(véase el anexo, p. 52)

Indicador mundial N° 8: El estado nutricional de los niños es satisfactorio por cuanto:

el 90% por lo menos de los recién nacidos tienen un peso al nacer de 2500 g como mínimo; el 90% por lo menos de los niños tienen un peso para la edad que corresponde a las normas basadas en los valores de referencia establecidos en el anexo 1 de la publicación "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000"²

- 15.1 ¿Qué porcentaje de recién nacidos tienen un peso al nacer inferior a 2500 g?³
- 15.2 ¿Qué porcentaje de niños tienen un peso para la edad que corresponde a las normas basadas en los valores de referencia?³

Indicador mundial N° 9: La tasa de mortalidad infantil para todos los subgrupos que pueden identificarse es inferior al 50 por 1000 nacidos vivos⁴

- 15.3 ¿Cuál es la tasa de mortalidad infantil para todos los grupos identificables?⁵

Indicador mundial N° 10: La esperanza de vida al nacer es de más de 60 años⁴

- 15.4 ¿Cuál es la esperanza de vida al nacer?⁵

¹ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 79-82).

² Idem, (p. 81).

³ Conviene indicar esos porcentajes por separado para las zonas urbanas y para las rurales (la definición se facilitará) y por subdivisiones geográficas/administrativas.

⁴ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 82).

⁵ Conviene indicar esos datos separadamente por sexo, zonas urbanas y zonas rurales (la definición se facilitará) y por subdivisiones geográficas/administrativas.

PUNTO 16: ALGUNOS INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS (véase el anexo, p. 55)

Indicador mundial N° 11: La tasa de alfabetismo de adultos para hombres y mujeres sobrepasa el 70%¹

16.1 ¿Cuál es la tasa de alfabetismo de adultos para hombres y mujeres?

Indicador mundial N° 12: El producto nacional bruto por habitante sobrepasa los US\$ 500¹

16.2 ¿Cuál es el producto nacional bruto por habitante?

PUNTO 17: INDICADORES REGIONALES

17. Facilítese información sobre los valores nacionales correspondientes a los indicadores regionales seleccionados por el comité regional.

PUNTO 18: INDICADORES NACIONALES

18. Además de las informaciones mencionadas, indíquense cualesquiera otros indicadores nacionales que se hayan utilizado.

¹ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 82).

VII. CONCLUSION

PUNTO 19: COMENTARIOS GENERALES SOBRE LOS PROGRESOS Y LA ACCION FUTURA

Tomando como base el análisis precedente deberá hacerse un resumen de los progresos en la aplicación de la estrategia nacional. El resumen comprenderá:

- los principales logros conseguidos y las medidas adoptadas especialmente desde 1985;
- la idoneidad de esas medidas para alcanzar los objetivos previstos,
- las principales deficiencias;
- los principales obstáculos con que se haya tropezado; y
- las medidas previstas para eliminar dichos obstáculos.

Puede hacerse una pequeña lista de los sectores prioritarios para acción futura.

NOTAS EXPLICATIVAS

Este anexo al MCV tiene por objeto facilitar algunos de los detalles solicitados por los usuarios para responder a las preguntas que se formulan en la primera parte del documento. Se incluyen información y referencias básicas para cada punto, junto con una guía sobre la manera en que, llegado el caso, deben hacerse los cálculos, y la indicación de que, cuando sea posible, debe hacerse un desglose geográfico (es decir, zonas urbanas/rurales) y deben señalarse las fuentes de información.

I. VIGILANCIA Y EVALUACION

PUNTO 1: PROCESO Y MECANISMOS DE VIGILANCIA

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 1

1. Un requisito para la vigilancia del desarrollo de la salud es la capacidad nacional para facilitar apoyo informativo adecuado que permita adespregar y apreciar el proceso de gestión. Aunque el acopio eficaz de la información más adecuada a todos los niveles del sistema de salud es importante, todavía lo es más el empleo de esa información para fines de planificación, gestión y adopción de decisiones. La experiencia hasta la fecha indica que muchos países carecen de apoyo informativo adecuado para vigilar los progresos en la aplicación de sus estrategias. Incluso cuando se acopian datos, éstos no se compilan, analizan y usan sistemáticamente.
2. Tradicionalmente, los países disponen de muchas fuentes de datos, como son los registros demográficos, los censos de población y vivienda, los archivos regulares del servicio de salud, los resultados de la vigilancia epidemiológica y de las encuestas de muestreo, los registros de morbilidad, etc. El sector de salud tiende en general a utilizar sólo sus propios registros de servicio, que se llevan para fines administrativos más bien que para vigilancia. Sin embargo, es esencial obtener información adecuada de todo origen para completar los datos de los servicios de salud, y utilizar esa información para vigilar los progresos a distintos niveles. En muchos países, el sector de salud no ha empezado hasta hace poco a apreciar la utilidad de la información y su papel en la vigilancia.
3. La vigilancia de los progresos en el desarrollo de la salud tiene por objeto mejorar los programas y los servicios correspondientes, así como orientar la asignación de recursos humanos y financieros en los programas en curso y en los futuros. La vigilancia se debe concebir como un instrumento orientado hacia las decisiones y estrechamente relacionado con la adopción de éstas, sea a nivel operativo o de política.
4. La vigilancia es también responsabilidad de las personas y grupos encargados de la elaboración y la aplicación del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud en los distintos niveles de política y operación. La propia comunidad podría, llegado el caso, encargarse de vigilar los progresos en la aplicación de las estrategias. Para ello habría que crear mecanismos apropiados.

La vigilancia de los progresos en la aplicación de las estrategias nacionales de salud para todos debe ser también una función intersectorial. Esto es de importancia decisiva para los países donde el mejoramiento de la situación sanitaria

de la población depende sobre todo de la acción efectiva que se emprenda en otros sectores. Los países necesitan establecer mecanismos para esa vigilancia y despertar el interés y la adhesión no sólo del sector de salud, sino también de los demás. En última instancia, la responsabilidad por vigilar los progresos en la aplicación de la estrategia nacional de salud para todos y el sistema de salud en su integridad, y por informar sobre el particular a la OMS descansa en las autoridades centrales, por ejemplo el ministerio de salud o los órganos nacionales de planificación y dirección.

5. Respecto a las preguntas específicas, los países pueden considerar los siguientes aspectos:

- Puede hacerse una breve descripción de los diversos componentes del proceso nacional de gestión, seguida de un breve análisis de su idoneidad. En la descripción pueden indicarse los niveles (central/ministerial, intermedio/districto, periférico/comunitario) en que no se ha previsto ningún proceso de vigilancia, y lo que habría que hacer para disponer de uno.
- Puede hacerse un breve análisis de las dificultades encontradas para obtener, examinar y emplear información destinada a los indicadores. Podrían analizarse dificultades como las siguientes (si procede): datos no disponibles en el ministerio de salud pero que pueden obtenerse de otras fuentes; datos que no existen en todo el país; datos que ya no son útiles por carecer de actualidad; falta de medios para realizar las encuestas correspondientes.

II. POLITICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD

PUNTO 2: POLITICAS SANITARIAS NACIONALES

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 2

1. En relación con las preguntas 2.1 y 2.2, los países pueden examinar las orientaciones específicas de sus políticas, por ejemplo las que tienen por objeto: reducir las disparidades en la situación sanitaria de la población; hacer participar a ésta en el mejoramiento de la salud; y extender los servicios a los grupos desventajados y subatendidos. Además, debe analizarse en detalle el componente de salud de las políticas de desarrollo socioeconómico y las de otros sectores afines, con objeto de identificar los aspectos que reciben la atención debida o que deben reforzarse, por ejemplo educación de la mujer, nutrición y agricultura, y medio ambiente.

2. En lo que respecta a la pregunta 2.3, el indicador mundial N° 1 dice: "La salud para todos ha sido adoptada como política en el más alto nivel oficial".

La meta de salud para todos ha sido ya adoptada por casi todos los Estados Miembros. Sin embargo, en el presente informe es preciso incluir los cambios importantes acaecidos desde 1985, por ejemplo:

- disposiciones legislativas nuevas o enmendadas que confirmen el derecho de los ciudadanos a la salud;
- nuevos compromisos asumidos por el gobierno;
- nuevas adhesiones a enunciados de principios de salud;
- declaraciones del jefe de Estado y del primer ministro que implican cambios importantes de la política sanitaria;
- nueva política o cambios importantes de la existente respecto a provisión, asignación o reasignación de recursos a la atención primaria de salud o a poblaciones subatendidas, inclusive recursos no pertenecientes al sector de salud, como serían los de agricultura, riego, aprovechamiento de recursos hídricos, energía o educación.

Para juzgar la efectividad del compromiso político, los países habrán de buscar pruebas como las que se dan a modo de ejemplo en la lista precedente. Además, deberán identificar las dificultades de expresión de la voluntad política en medidas reales y sugerir soluciones posibles de dichas dificultades.

PUNTO 3: ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD PARA TODOS

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 3¹

1. La evaluación de la eficacia en la aplicación de la Estrategia, efectuada en 1985, reveló que muchos países habían elaborado o ajustado sus estrategias nacionales de salud desde la adopción de la Estrategia Mundial, pero otros no lo habían hecho. Pocos habían sido capaces de proyectar un desarrollo de la salud a largo plazo o una estrategia general de desarrollo socioeconómico. Aunque la gran mayoría de los países indicaron que en conjunto sus estrategias nacionales de salud respondían a los principios básicos de la Estrategia de Salud para Todos, las principales orientaciones y tendencias variaban según la situación sanitaria nacional o regional.
2. Una estrategia nacional que debe basarse en la política sanitaria del país de que se trate, comprende las líneas generales de acción necesarias en todos los sectores que participan en la aplicación de dicha política.

¹ Serie "Salud para Todos", N° 1, 1978.

3. Toda estrategia nacional debe comprender una serie de medidas políticas, sociales, económicas, de gestión y técnicas encaminadas a fomentar el desarrollo de la salud. Indicará medios para: asegurar la participación de otros sectores relacionados con la salud; elegir y aplicar tecnología de salud; y recabar el concurso de grupos profesionales, comunidades y organizaciones no gubernamentales. Habrán de tenerse en cuenta las repercusiones financieras y las medidas legislativas de carácter general que requiere toda política sanitaria nacional.
4. Al examinar sus estrategias, los gobiernos deberán detectar las lagunas existentes. Si una estrategia nacional de salud para todos no ha sido claramente formulada, habrá que hacer un análisis crítico de las razones a que ello obedece.
5. Los planes generales de acción de los países deberán especificar las políticas, los objetivos y las metas correspondientes, expresadas cuando sea posible en términos cuantitativos. En la mayoría de los países se establece un plan cronológico (por ejemplo de 5-10 años) para el logro de los objetivos. También se especifican las medidas técnicas, económicas y administrativas que conviene adoptar en relación con los objetivos. En las fases iniciales de la formulación de planes de acción conviene hacer asignaciones presupuestarias de carácter general y determinar los modos de financiación. De lo contrario, los planes serán papel mojado.
6. Para formular estrategias nacionales apropiadas hace falta un diálogo activo entre el personal de los distintos niveles del sistema de salud, por un lado, y los planificadores del desarrollo socioeconómico, la comunidad, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales, por otro. Los países deberán estudiar los mecanismos utilizables para ese diálogo e identificar los obstáculos y los sectores en que se necesita acción ulterior.

III. DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD

PUNTO 4: ORGANIZACION DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCION PRIMARIA

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 4

1. La definición de atención primaria de salud figura en la publicación Alma-Ata 1978 - atención primaria de salud.¹
2. En cumplimiento de la política de salud para todos, los países deberán hacer un esfuerzo concertado por establecer sistemas de salud en los que la atención primaria sea la función central y el foco principal. Aunque no es posible imponer a los países un plan universal para un sistema de salud, se han definido

¹ Serie "Salud para Todos, N° 1, 1978 (pp. 2-4).

los siguientes principios que son aplicables a todos los sistemas de salud basados en la atención primaria:¹

- el sistema debe abarcar a la totalidad de la población sobre una base de igualdad y responsabilidad;
 - debe comprender elementos del sector de salud y de otros sectores cuyas actividades interdependientes contribuyan a la salud;
 - la atención primaria de salud, constituida como mínimo por los elementos esenciales, se debe prestar en el primer punto de contacto entre los individuos y el sistema de salud;
 - los demás escalones del sistema de salud deben prestar apoyo al primer escalón de contacto de la atención primaria de salud para que éste pueda facilitar esos elementos esenciales de manera permanente.
3. Al reorientar los países sus sistemas de salud en el sentido de la atención primaria habrá que introducir muchos cambios en la organización y la gestión de esos sistemas, en particular:
- redefinición y reasignación de funciones y responsabilidades entre las principales instituciones integrantes del sistema de salud;
 - establecimiento de mecanismos de coordinación dentro del sector para la prestación de atención de salud;
 - reorganización y ampliación de la infraestructura de servicios de atención de salud;
 - definición de las funciones y atribuciones de los distintos niveles de la infraestructura de atención de salud;
 - establecimiento de mecanismos de envío de casos entre los distintos escalones del sistema de atención de salud; y
 - establecimiento y fortalecimiento de mecanismos de participación de la comunidad y colaboración intersectorial.
4. El desarrollo y la distribución de los recursos de personal de salud, así como la planificación, el diseño y el equipamiento de los servicios en respuesta a las necesidades de los distintos escalones del sistema son importantes para el funcionamiento eficaz y efectivo de los sistemas de salud basados en la atención primaria. Los países habrán de analizar cada uno de los escalones (por ejemplo el local, intermedio y central) desde el punto de vista de su idoneidad técnica y administrativa para el desempeño de las funciones que le correspondan. Habrán de informar sobre medidas específicas conducentes al fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para dispensar atención primaria, por ejemplo las

¹ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981.

medidas destinadas a fortalecer los sistemas de salud de distrito. Se deberán describir las medidas legislativas adoptadas en apoyo de esas acciones. Por último, deberán asimismo analizar los puntos débiles o las deficiencias que queden en el sistema.

5. Un sistema de salud de distrito basado en la atención primaria es un sector más o menos autónomo dentro del sistema nacional. Comprende como principal requisito una población muy específica que vive en una zona administrativa y geográficamente bien delimitada, sea ésta urbana o rural. Abarca todas las instituciones e individuos que dispensan atención de salud en el distrito, sean estatales, de seguridad social, no gubernamentales, particulares o de tipo tradicional. Así pues, el sistema de salud de distrito está integrado por una gran variedad de elementos interdependientes que contribuyen a él en el hogar, la escuela, los lugares de trabajo y la comunidad, por conducto del sector de salud u otros con ésta relacionados. Abarca la autoasistencia, así como todo el personal y los servicios, incluso hasta el hospital del primer escalón de envío de casos, las instalaciones apropiadas de laboratorio, las de diagnóstico y otros medios de apoyo logístico. Es preciso que sus componentes estén bien coordinados por un funcionario designado al efecto, de manera que todos los elementos e instituciones representen un abanico completo de actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el sector de salud.
6. Cuando proceda pueden examinarse las funciones y responsabilidades del sector privado y de las organizaciones no gubernamentales y benéficas en la aplicación de las estrategias nacionales de salud. Deberán describirse brevemente los mecanismos utilizados para lograr la coordinación.
7. Es cada vez mayor el número de países donde hay que cuidar especialmente la organización de la atención primaria de salud en las zonas urbanas, y no sólo en las rurales. En el informe pueden indicarse las medidas adoptadas a ese respecto, así como las dificultades que se experimentaron.

PUNTO 5: COLABORACION INTERSECTORIAL

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 5

1. En reconocimiento del carácter multisectorial del desarrollo sanitario, la Declaración de Alma-Ata¹ instaba a la coordinación de los distintos sectores que realizan actividades relacionadas con la salud. A ese efecto, los países han procurado elaborar políticas de salud más integradas y programas conformes a

¹ Serie "Salud para Todos", N° 1, 1978.

los principios de la atención primaria, y también crear mecanismos institucionales y estructuras administrativas más adecuadas para promover la acción intersectorial a favor de la salud.¹

2. Tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, hace muchos años que se ha demostrado la relación entre salud y desarrollo. En los segundos, los progresos sanitarios obedecieron sobre todo a la mejora de las condiciones de vida, del estado nutricional, del saneamiento y del comportamiento relacionado con la salud. Los estudios recientes practicados en algunos países de pocos ingresos han demostrado que, cuando el desarrollo sanitario se incorpora a una estrategia encaminada a atender las necesidades básicas de la población (incluidos el acceso de los más desfavorecidos a los recursos y a las oportunidades económicas, el aumento del grado de educación, la disponibilidad y la distribución de alimentos, la mejora de la situación de las mujeres y la infraestructura básica de transportes y servicios públicos), se produce una mejora espectacular de los indicadores básicos de salud, especialmente en los grupos vulnerables.
3. Por consiguiente, los países deben persistir en la definición de las funciones y de las contribuciones decisivas de los sectores competentes con el fin de alcanzar los objetivos de su estrategia nacional de salud para todos. También habrán de especificar y de coordinar políticas pertinentes en los demás sectores que intervienen en el desarrollo sanitario o lo favorecen. Los países tendrán que examinar periódicamente esas políticas y esas acciones para evaluar su idoneidad y su contribución específica a la salud. También tendrán que promover nuevas políticas y acciones intersectoriales encaminadas al desarrollo sanitario.
4. Para fomentar la acción intersectorial, los países tienen que concebir medios de organizar una cooperación adecuada entre el ministerio de la salud o la autoridad correspondiente y los demás ministerios interesados. En algunos países se han establecido a ese efecto comisiones interministeriales o consejos multisectoriales de la salud, de competencia nacional, encargados de coordinar la preparación de políticas y la planificación. No hay que dejar de aumentar la eficacia de esos mecanismos para conseguir una colaboración intersectorial en las esferas de la política, de la planificación y de la comunidad. Esos mecanismos deben formar parte integrante del proceso de gestión que sustenta la estrategia de salud para todos.
5. Algunas actividades de desarrollo, sobre todo en los sectores agrícola e industrial, pueden producir indirectamente efectos perjudiciales para la salud. Por consiguiente, es importante que se incorporen medidas preventivas a cualquier proyecto de desarrollo que cree riesgos particulares para la salud. En algunos

¹ Documento A39/3.

casos habrá que tomar disposiciones legislativas apropiadas para sustentar esas medidas sanitarias en los campos, por ejemplo, de la higiene ambiental, de la inspección de la calidad del agua y de la construcción de instalaciones industriales. En la planificación de otros aspectos del desarrollo también puede convenir adoptar medidas sanitarias, por ejemplo de protección de la salud de los trabajadores industriales y de los inmigrantes. Además, el sector industrial puede apoyar la atención primaria con la creación de industrias relacionadas con la salud, sobre todo en el sector de la producción de alimentos y de medicamentos esenciales. También son importantes las pequeñas industrias locales porque, al crear empleo, mejoran la base económica y el poder adquisitivo en la localidad. El sector de la salud tiene que cumplir una función de innovación y apoyo más firmes y recabar la colaboración constructiva de otros sectores para el cumplimiento de los objetivos de salud.¹ Aun así, es de la máxima importancia que la salud se integre entre los objetivos de desarrollo de la planificación y la formulación generales de estrategias nacionales.

6. Una planificación coordinada en el escalón de la comunidad permitirá relacionar estrechamente la atención primaria de salud con otros sectores en actividades conjuntas de desarrollo comunitario. La existencia de representantes comunitarios en el gobierno local asegurará que los intereses de la comunidad se tienen en la debida cuenta durante la planificación y la ejecución de los programas de desarrollo. Dadas la conveniencia de coordinar en la escala local las actividades de los distintos sectores participantes en el desarrollo socioeconómico, y la función capital de la comunidad en el logro de esa integración, la participación comunitaria es un elemento esencial de la atención primaria de salud. En particular, los países habrán de procurar establecer una acción intersectorial en el escalón comunitario y encontrar mecanismos eficaces y elaborados por las propias comunidades.
7. Hay que aumentar la capacidad del sector de la salud para vigilar los efectos de los proyectos de desarrollo económico en el medio ambiente y en los recursos naturales, así como para medir los cambios de los perfiles de salud y sus efectos en el desarrollo socioeconómico.
8. En los estudios de viabilidad de los proyectos de desarrollo con financiación bilateral y multilateral hay que incluir un análisis de sus posibles efectos en la salud (sobre todo, en los proyectos industriales, agrícolas y de obras públicas), con el objeto de ajustarlos cuando convenga para evitar cualquier efecto sanitario perjudicial. En muchos casos habrá que organizar una formación específica que mejore la capacitación del personal de salud y de otros sectores para practicar los análisis de esos efectos.

¹ Serie "Salud para Todos", N° 1, 1978 (p. 47) y N° 3, 1981 (p. 87).

PUNTO 6: PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 6

1. Todos los Estados Miembros que aplican la estrategia de salud para todos coinciden en la conveniencia de asociar a toda la comunidad en los asuntos relacionados con la salud individual y colectiva. En las políticas y las estrategias sanitarias de la gran mayoría de los países se da mucha importancia a la participación comunitaria en la valoración de la situación sanitaria y en la planificación, en la ejecución y en la evaluación de los programas. En algunas estrategias sanitarias nacionales también se especifican mecanismos y métodos para recabar esa participación, y medidas para informar y motivar a las comunidades de forma que asuman una mayor responsabilidad respecto de su salud y de su bienestar. Aunque en muchos países se observan tendencias alentadoras en la movilización de las comunidades a favor de la salud para todos, resulta difícil conseguir una participación comunitaria sostenida. Todavía tiene que desarrollarse en muchos países una verdadera colaboración entre el sistema de salud y la comunidad.¹
2. El segundo indicador mundial es el número de países donde "se han constituido o fortalecido mecanismos para asociar a la población en la ejecución de las estrategias, y esos mecanismos funcionan efectivamente".

A continuación se indican algunas de las medidas que pueden fomentar la participación de la comunidad:

- a) delegación de competencias, de autoridad y de recursos en la comunidad para establecer en ella una atención primaria de salud acorde con la vida real de las personas de esa comunidad;
- b) creación de consejos de salud comunitarios, compuestos por representantes de todos los sectores de la comunidad, para desarrollar y vigilar la atención primaria de salud;
- c) fomento de la responsabilidad individual en materia de autoatención y salud de la familia, adopción de un modo de vida saludable y aplicación de principios adecuados de nutrición e higiene;
- d) delegación en las comunidades de una parte de la responsabilidad, con la asignación correspondiente de recursos humanos y materiales, de la realización de ciertos componentes de los programas sanitarios como, por ejemplo, las actividades de lucha antivectorial para reducir la transmisión

¹ Documento A39/3 (p. 48).

- palúdica, los proyectos de saneamiento y la promoción de una nutrición adecuada de los niños desfavorecidos;
- c) establecimiento de mecanismos para que toda la población participe en la toma de decisiones respecto del sistema de salud y de la tecnología sanitaria del país por conductos sociales y políticos aceptados;
 - f) organización de una representación popular en los organismos decisivos del escalón nacional o intermedio;
 - g) elección de representantes populares en los organismos rectores de las instituciones sanitarias.
3. Además de orientar y de adiestrar a los agentes de salud, se dará a otras personas con responsabilidades comunitarias (dirigentes municipales y religiosos, maestros, agentes comunitarios, asistentes sociales y jueces) información sobre la estrategia sanitaria nacional y sobre el apoyo que le podrían dar.
 4. Los ministerios de salud tendrán que seguir buscando medios apropiados para que la población intervenga en la determinación del sistema de salud más conveniente y de una tecnología sanitaria aceptable, y también en la ejecución de una parte del programa sanitario nacional por medio de la autoatención, de la atención de la familia y de la participación en la acción comunitaria de fomento de la salud. Los ministerios de salud también habrán de organizar actividades nacionales de educación sanitaria por conducto del personal de salud, de los medios de comunicación social y de las instituciones docentes de todo tipo, con el objeto de explicar a toda la población los problemas de salud de su país y de su comunidad, así como los métodos más apropiados para evitarlos y combatirlos.
 5. Las organizaciones no gubernamentales están capacitadas para la función capital que cumplen en la promoción y en el logro de la salud para todos, gracias a sus posibilidades de movilización de recursos (tanto humanos como financieros) y de planificación y ejecución conjuntas de proyectos con la población. Los países tienen que reconocer, por tanto, la contribución real y potencial de esas organizaciones y encontrar medios y mecanismos que permitan movilizarlas con más eficacia para que colaboren con los gobiernos en el cumplimiento de los objetivos nacionales de salud.

PUNTO 7: PROCESO Y MECANISMOS DE GESTION

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 7

1. El proceso de gestión del desarrollo sanitario nacional es un proceso continuo y sistemático de planificación y de programación. En efecto, abarca la formulación de políticas y la determinación de las actividades prioritarias. También consiste en preparar programas para llevar a la práctica esas actividades, en asignarles los fondos presupuestarios precisos y en integrar los distintos programas en el sistema general de salud. Asimismo se ocupa del cumplimiento de estrategias y planes de acción, y de los programas, de las instituciones y de los servicios necesarios para su cumplimiento, así como de su vigilancia y evaluación para formar un ciclo continuo que permita modificar los planes existentes o preparar otros nuevos cuando convenga. Por último, en ese proceso se especifica el apoyo informativo necesario durante todo el ciclo.¹

2. La evaluación practicada en 1985 para determinar la eficacia del cumplimiento de la Estrategia reveló que, aunque la mayoría de los países cuentan con un proceso de gestión del desarrollo nacional, en muchos son débiles los componentes de planificación intersectorial y de apoyo informativo, y la participación de las organizaciones benéficas y del sector privado en la formulación de la política y de los planes nacionales es casi inexistente. El grado de descentralización aún es limitado en muchos países y también, por consiguiente, la participación comunitaria. La estimación del costo de los planes y la asignación de recursos requieren más atención en la mayoría de los países. Los propios países indicaron la necesidad de intensificar sus acciones destinadas a fortalecer la capacidad de gestión del sistema sanitario en todos los escalones.

3. En los informes sobre evaluación de progresos habrá que examinar en particular los aspectos siguientes del proceso de gestión y de los mecanismos conexos: formulación de políticas, proceso de planificación (incluida la participación de otros sectores y de la comunidad), apoyo legislativo, estimación de costos de los planes y asignación de recursos, descentralización, ejecución y apoyo informativo. Al examinar sus progresos los países pueden estudiar los aspectos siguientes:
 - proceso de formulación y actualización de políticas, estrategias y planes de acción nacionales destinados al cumplimiento de la estrategia nacional de salud para todos;
 - mecanismos para asociar a otros sectores y a la comunidad en la planificación, la vigilancia y la evaluación;

¹ Serie "Salud para Todos", N° 5, 1981.

- idoneidad del apoyo informativo del proceso de gestión;
- estimación de costos de los planes y asignación de recursos;
- disposiciones legislativas promulgadas desde 1985 para apoyar la gestión de la estrategia;
- mecanismos para descentralizar la planificación, la gestión y los recursos, y escalones del servicio de salud que ya se han descentralizado.

Los países también deben determinar en qué campos se han hecho progresos y en cuáles persisten deficiencias de los mecanismos.

PUNTO 8: RECURSOS DE PERSONAL DE SALUD

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 8

1. Los países son cada vez más conscientes de que debe seguirse mejorando la preparación técnica si se quiere movilizar toda la capacidad de los agentes de salud en provecho de la meta de la salud para todos en el año 2000. No son menos importantes las políticas específicas encaminadas a dirigir y coordinar la formación de personal de salud para conseguir el desarrollo del sistema sanitario. La prestación de atención primaria depende de las actitudes y de la capacidad de todos los agentes de salud, y también de un sistema de salud concebido para apoyar y completar la acción de los agentes de primera línea.
2. Entre los grandes problemas de formación y utilización del personal de salud definidos en la última evaluación¹ figuraban los siguientes: distribución poco equitativa del personal de salud; escasa motivación de los agentes de salud de categoría superior, sobre todo de los médicos, para la atención primaria; utilización y productividad deficientes del personal de salud, y adecuación aún insuficiente de los programas educativos y de formación del personal de salud de categoría superior. Los gobiernos tienen que desplegar esfuerzos concertados para resolver esos problemas, y adoptar incluso medidas ajenas al campo de acción directa del sector de la salud. En particular, los gobiernos deberán examinar sus progresos en el logro de una distribución equilibrada y equitativa del personal de salud, en la motivación de los agentes de salud y en la solución de las dificultades relacionadas con la utilización y la disponibilidad de personal.¹
3. Los ministerios de salud, junto con otros ministerios interesados como los de trabajo y educación, deben planificar la formación de personal de salud de

¹ Documento A39/3.

estricta conformidad con las necesidades del sistema sanitario, con el objeto de poner a disposición del sistema el tipo y el número de agentes de salud necesarios en el lugar y el momento oportunos.

4. Los gobiernos darán prioridad al máximo aprovechamiento de los recursos humanos mediante la definición de la función técnica, de la capacidad de apoyo y de las actitudes requeridas en cada categoría de agentes de salud con arreglo a las actividades necesarias para la prestación eficaz de atención primaria, y mediante la creación de equipos compuestos por agentes de salud de la comunidad, representantes de otros sectores del desarrollo, personal intermedio, enfermeras, comadronas, médicos y, cuando convenga, médicos tradicionales y parteras.
5. También se espera que los gobiernos emprendan o apoyen la reorientación y la formación de todas las categorías existentes de personal y de los programas encaminados a la creación de nuevas categorías de agentes de salud. Esos programas de formación serán adecuados al medio social, técnicamente eficaces y destinados a aumentar la motivación de los agentes de salud para el servicio a las comunidades.
6. Los ministerios de salud y otros ministerios interesados, como los de educación, cultura, trabajo, finanzas y administración pública, tendrán que adoptar medidas complementarias para asegurarse de que los agentes de salud tengan una motivación social y cuenten con los incentivos necesarios para trabajar en las zonas remotas y desatendidas.

PUNTO 9: INVESTIGACION Y TECNOLOGIA

Elementos que deben considerarse en relación con el punto 9

1. Un factor importante para el éxito de la atención primaria es la aplicación de tecnología apropiada para la salud.¹ En la política nacional de salud se debe disponer el uso de tecnología apropiada, fomentar su elaboración local, difundir información al respecto y promover su uso generalizado. Al formular las estrategias nacionales de salud para todos hay que tener en cuenta la definición o la elaboración de la tecnología apropiada.
2. Hace falta una evaluación sistemática de la tecnología sanitaria empleada en cada uno de los programas prioritarios con el fin de que esa tecnología sea apropiada para el país o la zona del país de que se trate. Al determinar la tecnología sanitaria habrá que especificar respecto de cada programa qué actividades deben realizar los individuos y las familias en su casa y cuáles

¹ Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 54).

incumben a las comunidades, tanto si se trata de medidas de comportamiento individual o comunitario como de medidas técnicas específicas. También deben especificarse las medidas que adoptarán los servicios de salud en los escalones primario, secundario y terciario, así como las que adoptarán otros sectores.

3. Para definir las tecnologías apropiadas es importante la intervención de otros organismos y grupos como los ministerios de educación y ciencia, las instituciones académicas y de investigación, la industria, las organizaciones no gubernamentales del campo de la salud y de los sectores afines, y también las comunidades.
4. Los gobiernos deberán examinar asimismo el alcance y el contenido de sus actividades en el campo de la investigación biomédica, del comportamiento y de los sistemas de salud, con el objeto de centrarlas en los problemas de sus estrategias de salud para todos. La asignación de recursos a las investigaciones sanitarias pertinentes, la formación de científicos, la creación de estructuras de carrera para los investigadores sanitarios y el uso y la difusión de los resultados de las investigaciones son elementos importantes de las estrategias nacionales de investigaciones sanitarias. También hay que coordinar y fomentar las investigaciones sanitarias en el país por medio de mecanismos como, por ejemplo, consejos de investigaciones sanitarias, y organizar la comunicación entre investigadores y planificadores para que la investigación atienda las necesidades de la política y de la toma de decisiones y para que se apliquen sus resultados.
5. La evaluación practicada en 1985 para determinar la eficacia del cumplimiento de la Estrategia reveló que, si bien se da más importancia a la investigación en el desarrollo sanitario nacional, muy pocos países han definido políticas nacionales de investigaciones sanitarias y tienen mecanismos eficaces para coordinar las actividades de investigación. Por otra parte, se observó que la asignación o la disponibilidad de recursos para la investigación también era limitada. Se encareció la necesidad de investigar los problemas sociales y de comportamiento y el uso apropiado de las investigaciones y de la tecnología. También se insistió en el uso apropiado de las investigaciones y de la tecnología de atención de salud en el escalón de la atención primaria.¹ Cuando se examine la vigilancia del cumplimiento de estrategias nacionales también habrá que estudiar, por tanto, los asuntos siguientes: medidas específicas adoptadas en relación con los aspectos mencionados anteriormente para el desarrollo y el cumplimiento continuado de las estrategias nacionales, progresos conseguidos y principales obstáculos encontrados.

¹ Documento A39/3.

PUNTO 10: UTILIZACION Y MOVILIZACION DE RECURSOS

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 10

1. Una de las grandes dificultades conocidas con que se encuentran los administradores de salud del mundo entero es la falta de recursos. Otro problema relacionado con el anterior es que, con frecuencia, los escasos recursos disponibles no se administran de la forma más eficaz posible. A esos dos problemas se añade el de que la información sobre los recursos existentes y los gastos en actividades sanitarias a veces no es bastante detallada para permitir una planificación racional. Las condiciones económicas actuales han producido una disminución del índice de crecimiento de las economías nacionales acompañado, en muchos países, por una reducción del presupuesto sanitario. Esa situación exige una planificación creativa para aprovechar al máximo todos los recursos disponibles.
2. El primer paso hacia una asignación coordinada de recursos a la atención primaria es elaborar un plan maestro para movilizar no sólo los recursos financieros necesarios, sino también los humanos y materiales. Al adoptarse la meta nacional de salud para todos, los países habrán preparado una estrategia nacional y una estimación de sus costos por periodos correspondientes a los ejercicios presupuestarios habituales (por ejemplo, bienales o quinquenales) hasta el año 2000. La financiación de la estrategia y la asignación de los recursos materiales y humanos necesarios se habrán planificado según una o varias de las opciones existentes como, por ejemplo: la reasignación de los recursos existentes para dedicar una mayor parte a la atención primaria de salud, la obtención de recursos internos y externos suplementarios (las contribuciones externas se estudian en el punto 11), y el aprovechamiento máximo de los recursos obtenidos.¹
3. Algunos países habrán tomado distintas iniciativas para movilizar recursos suplementarios, internos y extrapresupuestarios. Entre ellas se contarán la contribución de la comunidad en efectivo, en especie o en trabajo, la participación de las empresas comerciales e industriales en la asistencia sanitaria de sus empleados, y los seguros de enfermedad. Algunas de esas iniciativas requieren la adopción de medidas jurídicas y administrativas. En ese caso habrá que describir esos esfuerzos y todas las medidas asociadas.
4. Para aprovechar al máximo los recursos, a veces pueden hacerse ahorros sustanciales si se mejora la eficacia de la prestación de los servicios y de la utilización de equipo y de personal. Por ejemplo, puede aprovecharse cualquier

¹ Planificación de las finanzas en el sector de la salud. Manual para países en desarrollo. Ginebra, OMS, 1983.

visita de la madre con su hijo a un centro de salud para poner al día la inmunización del niño (y de la madre). La supervisión puede centrarse en las áreas con problemas más graves. El papeleo puede reducirse al mínimo imprescindible para una gestión adecuada del programa. Se podrán describir las acciones de ese tipo que se hayan intentado con buenos resultados.

5. El tercer indicador mundial es el número de países donde "se destina a la salud el 5% por lo menos del producto nacional bruto".

La tasa correspondiente se calculará como sigue:

$$\frac{\text{Gastos nacionales en salud}}{\text{PNB}} \times 100$$

- a) Como la mayoría de los países preparan informes nacionales de contaduría, los responsables de esos informes intervendrán en la determinación de esa tasa. Cuando se use el PIB en lugar del PNB, habrá que hacerlo constar.
- b) Se calcularán todos los gastos reales, públicos y privados en salud.
- c) Se contarán tanto los gastos de capital como los gastos fijos. El cuadro que se presenta a continuación se adaptará al caso, ya que tal vez no se tengan en el país algunos de los datos de gastos.
- d) En el cuadro siguiente se indica la distribución de los gastos de salud por grandes partidas según su destino final. El cuadro no es exhaustivo y debe emplearse con arreglo al sistema y a la política de contaduría nacional. Además pueden hacerse cuadros distintos para los gastos de capital y los gastos fijos.
- e) Otros organismos gubernamentales y públicos ajenos al ministerio de salud pueden incurrir en gastos relacionados con la salud, por ejemplo, defensa y seguridad (por servicios médicos), agricultura (por servicios de salud pública veterinaria), educación (por el adiestramiento de personal de salud), bienestar social, desarrollo comunitario, obras públicas (por la construcción y mantenimiento de edificios destinados a actividades sanitarias, el mantenimiento de vehículos).
- f) Al gasto del gobierno central deben añadirse los gastos gubernamentales en el plano estatal, provincial y local y deducirse las subvenciones del escalón central a los restantes.
- g) A continuación deben añadirse los sectores benéfico y privado, sin olvidar los servicios de salud para empleados que costean patronos, organizaciones benéficas y seguros de salud privados. También han de tenerse en cuenta

Modelo de cuadro para los países

Gastos en el sector de la salud

Año: 198

Conceptos de gasto	Ministerio de Salud	Otros ministerios	Otras administraciones (estatal, local)	Misiones, instituciones benéficas	Industria	Seguro de enfermedad	Pagos privados directos	Ayuda exterior	Total
Hospitales									
Centros y puestos de salud*									
Asistencia médica privada									
Médicos tradicionales									
Medicamentos y suministros									
Servicios de prevención y lucha contra las enfermedades									
Higiene escolar									
Higiene del trabajo									
Abastecimiento doméstico de agua									
Saneamiento									
Lucha antivenenosa									
Programas de nutrición									
Transportes									
Administración central									
Formación: superior de otros tipos									
Investigaciones									
Otros servicios (especificar)									
Total									

* incluidos los gastos en personal, pero no en medicamentos.

los pagos de los particulares que no estén cubiertos por los seguros. Por ejemplo, el gasto privado en medicamentos puede calcularse restando del valor total de medicamentos vendidos las compras efectuadas por el gobierno. Para lograr una exactitud total debería hacerse un cálculo del valor de los pagos en especie, que se hacen por ejemplo, a las personas que ejercen la medicina tradicional o como ayuda a los agentes comunitarios de salud.

- h) Finalmente, debe incluirse la ayuda internacional para el desarrollo destinada al sector de la salud, tanto de origen gubernamental como privado.
- i) Entre las actividades y gastos de salud no figuran:^{1,2}
- las subvenciones para alimentos destinadas a toda la población;
 - el agua para el riego o para la industria;
 - la educación general;
 - las residencias para personas de edad o discapacitados (pero sí la atención médica a los residentes);
 - los ingresos o la producción perdidos por causa de enfermedad;
 - los subsidios en efectivo recibidos durante la enfermedad.
- j) La información que se indica a continuación deberá acompañar a la suma total definitiva:
- año al que se refieren los datos;
 - fuentes de las diferentes partidas utilizadas para hacer el cálculo;
 - una lista de los gastos que se incluyen.
- k) Las cifras que se empleen en el cuadro pueden mantenerse confidenciales si se desea; sólo se necesita que el resultado final para los propósitos nacionales e internacionales.
6. El cuarto indicador mundial es el número de países donde "se dedica una proporción razonable de los gastos nacionales en salud a la atención de salud local".

La tasa correspondiente se calculará como sigue:

$$\frac{\text{Gastos nacionales en salud dedicados a la atención local} \times 100}{\text{Gastos nacionales en salud}}$$

- a) La atención de salud local es el primer escalón de contacto, y abarca la atención de salud comunitaria, la asistencia en centros de salud, los servicios de dispensario y demás actividades similares. En ciertos países, incluso en algunos de los muy industrializados, una parte importante de la

¹ Documento EB77/INF.DOC./1.

² Planificación de las finanzas en el sector de la salud. Manual para países en desarrollo. Ginebra, OMS, 1983.

atención local se presta en los departamentos ambulatorios de grandes hospitales urbanos. Se tratará de calcular el costo de esos servicios. Cada país decidirá el porcentaje que considere "razonable".

- b) Esencialmente, la prioridad que da un país a la atención local puede inferirse de la proporción del presupuesto de salud asignado a las actividades sanitarias locales. Pero muchos presupuestos nacionales de salud no tienen partidas específicas para la atención local. En esos casos habrá que calcular su costo. En las obras indicadas a pie de página se dan instrucciones detalladas para realizar ese cálculo.^{1,2,3}
- c) Los principios indicados para el cálculo del numerador del tercer indicador mundial se aplicarán también al numerador del cuarto indicador mundial. Sólo se contarán los gastos fijos y de capital en actividades dedicadas a la atención local.
- d) En el supuesto más simple, los costos de la atención local comprenden los gastos fijos y de capital en centros y puestos de salud, más los salarios del personal empleado o supervisado por los centros y los puestos, y los costos de su supervisión por el escalón superior (por ejemplo, la provincia).
- e) Los costos de la supervisión pueden calcularse determinando la proporción del tiempo de trabajo del personal y de los gastos de transporte, de construcción y de mantenimiento de los edificios del escalón provincial que se dedica a las actividades de supervisión. Para simplificar los cálculos, todos los sueldos del personal provincial de supervisión pueden considerarse como costo de la atención local, aunque la supervisión no sea su único cometido. Así podrá determinarse la proporción del espacio de oficinas y de sistemas de transporte que emplean.
- f) En los países donde el sector privado o no gubernamental es importante, se calculará la proporción de sus gastos en atención local. Estos comprenden los honorarios de los generalistas, los tocólogos, los pediatras, los oftalmólogos y los dentistas (pero no de otros especialistas), de los ópticos, y de los farmacéuticos en concepto de inyecciones y primeros auxilios.
- g) El gastos en medicamentos puede determinarse a partir de los datos gubernamentales sobre las importaciones añadidas a la producción nacional, y del cálculo de la proporción de esos medicamentos que se emplea en la atención local.

¹ Documento EB77/INF.DOC./1.

² Planificación de las finanzas en el sector de la salud. Manual para países en desarrollo. Ginebra, OMS, 1983.

³ Documento SHS/84.3.

7. El quinto indicador mundial es el número de países donde "los recursos están distribuidos equitativamente".
- a) Ese indicador se refiere específicamente a los recursos dedicados a la atención primaria de salud.
 - b) La distribución equitativa de los recursos significa que cada subgrupo de la población recibe servicios de atención primaria conforme a sus necesidades.
 - c) Si bien se reconoce que resulta muy difícil conseguir una distribución perfectamente equitativa de los recursos dedicados a la atención primaria, se pueden tomar medidas para que se preste más atención a los grupos desatendidos. El propósito del indicador es medir los progresos en el logro de una distribución más equitativa de los recursos asignados a la atención primaria.
 - d) Es importante comprender que "equitativo" no significa necesariamente "igual" en términos de gastos. Por ejemplo, puede ser más caro prestar cierto servicio asistencial en una aldea remota de la montaña que organizar ese mismo servicio en una ciudad. Por otra parte, los estudios de la OMS han indicado que algunas pruebas diagnósticas simples son más baratas en la periferia que en los laboratorios centrales (porque tienen menos gastos generales).
 - e) La distribución de los recursos asignados a la atención primaria se analizará por grupos de población en términos de:
 - gastos
 - personal
 - instalaciones
 - f) Lo primero será definir los subgrupos especialmente necesitados de atención primaria, tanto por falta de servicios o de instalaciones como por falta de accesibilidad de los servicios existentes o por mala situación social o económica. Es probable que en esos grupos se registren valores extremos de los indicadores de la situación sanitaria como, por ejemplo, un alto índice de mortalidad infantil, una esperanza de vida breve y una mayor incidencia de la insuficiencia de peso natal y de la malnutrición. Se determinarán con la mayor precisión posible los gastos en atención sanitaria de esos grupos (desglosados, por lo menos, en población urbana y rural), y se descubrirá probablemente que, dadas sus necesidades excepcionales, los costos por habitante son más altos en los sectores menos favorecidos de la población que en los demás.

- g) El personal de atención primaria comprende al personal estatal que trabaja en los centros de salud, y a los agentes estatales, voluntarios y privados que prestan servicios directamente a la comunidad como, por ejemplo, los médicos privados, los médicos tradicionales y el personal de los dispensarios móviles y de los servicios de prevención. Convendrá desglosar al personal de atención primaria en tres grandes grupos: superior, técnico y de otros tipos.
- h) El análisis de las instalaciones debe abarcar los centros y los puestos de salud así como los servicios móviles. Hay que establecer una distinción clara entre los centros y los puestos operativos con una dotación completa de personal y los demás. Aunque dos zonas tengan la misma proporción de habitantes por puesto de salud, si en una el personal es de dedicación exclusiva y en la otra no, no hay igualdad. Asimismo, si una zona es mucho más extensa que la otra, aunque haya una proporción semejante de habitantes por centro de salud, la accesibilidad puede ser muy diferente.
- i) El análisis combinado de los cuadros de gastos, personal e instalaciones de atención primaria por relación a los grupos prioritarios debe dar una indicación del grado de equidad en la distribución del total de los recursos asignados a la atención primaria. Se indicará la opinión del gobierno sobre la equidad de la distribución de recursos.

IV. ACCION INTERNACIONAL

PUNTO 11: TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE RECURSOS

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 11

El sexto indicador mundial es "el número de países en desarrollo con estrategias de salud para todos bien definidas, acompañadas de asignaciones de recursos explícitas, cuyas necesidades en materia de recursos externos reciben apoyo sostenido de países acomodados".

1. Los países en desarrollo que reciben ayuda facilitarán información sobre la cuantía de los recursos externos percibidos, tanto financieros como de otro tipo. Se especificará el período a que se refiere la información. La cuantía de los recursos externos recibidos se comparará con la cuantía total necesaria, cuando ésta se haya calculado. También se dará una explicación del tipo de ayuda recibida (para la atención primaria, los hospitales o la formación, por ejemplo). Los países tratarán de cuantificar en lo posible esa información.

2. Se incluirá la ayuda externa de todas las categorías:¹ donaciones y préstamos, bilateral y multilateral (con indicación de los organismos de las Naciones Unidas) que intervengan, oficial y privada (no gubernamental), en efectivo y en especie, cooperación técnica, actividades de formación y prestación directa de servicios de salud. Se consignarán todos los gastos fijos y de capital, aunque algunos gastos no aparezcan en la contaduría del Estado (por ejemplo, donación de un hospital u organización de actividades de formación, de grupos de trabajo y de seminarios). Hay que poner cuidado en no contabilizar por partida doble la ayuda prestada por conducto del ministerio de salud; ésta se contabilizará como ayuda exterior y no como gasto del ministerio. Sólo se considerarán los gastos reales, y no los compromisos incumplidos o de ayuda en el futuro.

3. Al contestar a la pregunta 11.3, los países donantes indicarán los recursos facilitados en concepto de ayuda bilateral y multilateral a las estrategias nacionales de salud para todos de países en desarrollo en forma de porcentaje del PNB del donante, y también en forma de porcentaje del total de los recursos facilitados a países en desarrollo en calidad de donaciones y préstamos para todo tipo de propósitos. También señalarán los grandes campos de su asistencia como, por ejemplo, la atención primaria (con indicación del elemento esencial de que se trate), la gestión sanitaria, la formación de personal de salud, los hospitales y otros conceptos semejantes.

PUNTO 12: COOPERACION INTERPAISES

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 12

1. La cooperación técnica y económica entre países en desarrollo pueden consistir en intercambios de información y experiencia en relación con todos los aspectos de las estrategias nacionales respectivas, la formación, las investigaciones en colaboración, el empleo indistinto de los expertos, los programas conjuntos de lucha contra ciertas enfermedades, la producción, la adquisición y la distribución de medicamentos esenciales y de otros suministros y materiales médicos básicos, el desarrollo y la construcción de instalaciones de infraestructura sanitaria, y el desarrollo y la aplicación de tecnología barata de abastecimiento de agua y de eliminación de desechos.²

¹ Planificación de las finanzas en el sector de la salud. Manual para países en desarrollo. Ginebra, OMS, 1983, pp. 63-67.

² Serie "Salud para Todos", N° 3, 1981 (p. 76).

2. Las actividades de cooperación con y entre los países industrializados podrían comprender, por ejemplo, la evaluación de la tecnología clínica, radiológica y de laboratorio y de la utilidad de los exámenes de masas selectivos para la pronta detección de las enfermedades, las investigaciones sobre las principales enfermedades no transmisibles y sobre salud mental, la lucha contra los riesgos del medio ambiente, incluidos los efectos que las sustancias químicas presentes en el medio pueden ejercer a largo plazo en la salud, la prevención y lucha contra el abuso del alcohol y el uso indebido de drogas, la prevención de los accidentes y la asistencia a las personas de edad avanzada.¹
3. En los últimos años la cooperación entre países en asuntos de salud y de sectores conexos ha aumentado mucho en varios campos, sobre todo en los de la formación, el intercambio de conocimientos técnicos, la lucha contra las enfermedades transmisibles, la adquisición conjunta de medicamentos esenciales y otros suministros, la transferencia de tecnología, el intercambio de información técnica y científica y la lucha contra la contaminación ambiental.
4. Esa cooperación se ha desarrollado por muchos procedimientos, entre otros por conducto de acuerdos bilaterales, de mecanismos regionales o subregionales ya existentes o creados específicamente para los asuntos sanitarios, y de agrupaciones políticas y económicas establecidas de los países.
5. Entre los obstáculos para la cooperación interpaíses que se definieron durante la evaluación figuran las diferencias políticas, la falta de financiación adecuada y las políticas y las prioridades encontradas de los países donantes y recipientes. Los problemas de comunicación y la falta de voluntad política también dificultan mucho la cooperación eficaz. La confianza mutua entre los países debe fomentarse continuamente. Los países determinarán de qué forma la cooperación interpaíses ha facilitado sus estrategias nacionales y qué factores particulares han favorecido o inhibido esa cooperación.

PUNTO 13: COOPERACION INTERNACIONAL (INCLUSO CON LA OMS)

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 13

1. En su estrecha relación de asociamiento, la OMS y sus Estados Miembros cooperan en la elaboración y en el cumplimiento de estrategias nacionales de salud para todos conforme a las directrices descritas en las estrategias de escala mundial y regional. Entre esas actividades figuran la inversión de recursos para examinar y desarrollar sistemas nacionales de salud basados en la atención primaria,

¹ Serie "Salud para Todos", N^o 3, 1981 (p. 76).

- y el fortalecimiento de la capacidad nacional para hacerlo. También figuran entre ellas la transferencia de información comprobada y la facilitación de su aprovechamiento, así como la realización de actividades conjuntas de investigación y desarrollo y la ayuda a la producción y a la movilización de recursos. La OMS facilita servicios internacionales y cooperación financiera directa conforme a criterios definidos. La vigilancia y la evaluación de las estrategias nacionales en el proceso de gestión para el desarrollo sanitario nacional es una actividad capital de la cooperación de la OMS con sus Estados Miembros.¹
2. Cada una de las regiones de la OMS tiene definida una política regional de presupuesto por programas para conseguir un aprovechamiento óptimo de los recursos de la OMS en los países y en las regiones y alcanzar así la meta de la salud para todos, con ayuda de las nuevas disposiciones administrativas² que proporcionan la estructura de gestión necesaria para cumplir esa política. Las nuevas disposiciones se encaminan a la elaboración conjunta por los gobiernos y la OMS de programas nacionales y de sistemas de salud encargados de su ejecución que los países puedan seguir manteniendo al término de su cooperación directa con la OMS. De conformidad con esas disposiciones, los gobiernos asumen la responsabilidad de las actividades y del uso de los recursos de la OMS en su país, especialmente de los procedentes del presupuesto ordinario de la Organización. Esa responsabilidad de los gobiernos los compromete a asignar exclusivamente los recursos de la OMS a las actividades conformes tanto a las políticas nacionales definidas como a las políticas sanitarias internacionales adoptadas colectivamente por los Estados Miembros de la OMS.
 3. Las Naciones Unidas y sus organismos especializados han recibido peticiones de que incluyan en sus programas actividades relacionadas con la Estrategia y destinadas a apoyar la acción nacional del sector pertinente o a recabar el apoyo de especialistas de distintas disciplinas sociales y económicas, sobre todo por conducto de sus organizaciones no gubernamentales. Se ha tratado de poner en movimiento una acción de colaboración de las Naciones Unidas y de sus organismos especializados con la OMS para apoyar la Estrategia de Salud para Todos en campos tan importantes como los de la planificación y la gestión socioeconómicas, la educación, la agricultura, el abastecimiento de agua y el saneamiento, la higiene ambiental, la vivienda y el desarrollo industrial. Los países examinarán la eficacia de los mecanismos establecidos para conseguir una coordinación general del apoyo internacional a la salud, sobre todo en sus instituciones financieras y de planificación.

¹ Documento DGO/85.1 (p. vi).

² Documentos DGO/83.1 Rev.1 y A38/INF.DOC./2.

V. DISPONIBILIDAD DE ATENCION DE SALUD

PUNTO 14: DISPONIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 14

1. Agua potable y saneamiento (preguntas 14.1 y 14.2)

Las tasas correspondientes se calcularán como sigue:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de habitantes con agua potable en su vivienda o a 15 minutos de ella}}{\text{Población total}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de habitantes con sistemas de evacuación de excretas en su casa o cerca de ella}}{\text{Población total}} \times 100$$

- a) Se considera agua potable el agua superficial tratada o no, pero sin contaminar como, por ejemplo, la de los pozos artesianos protegidos, la de los manantiales, y la de los pozos sanitarios. Las otras fuentes de calidad desconocida se considerarán insalubres y no se contarán en el cálculo de cobertura.
- b) De los distintos elementos del saneamiento sólo se tienen en cuenta los sistemas de evacuación de excretas. Esos sistemas se consideran adecuados cuando suprimen el contacto de insectos, animales y hombres con las excretas.
- c) Si se tienen datos relativos al número de familias (que disponen de agua potable y de saneamiento), se pueden convertir en número de habitantes calculando el promedio de miembros que cuentan las familias.
- d) Como se emplean indicadores semejantes para vigilar el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, se recomienda encarecidamente la coordinación con los responsables del acopio de datos para ese proyecto.
- e) En cada caso se indicarán el año de referencia y la fuente de los datos.
- f) Siempre que sea posible conviene presentar un desglose por tipo de residencia (urbana o rural) y también por zonas geográficas y grupos socioeconómicos. Se determinarán todos los grupos con sistemas deficientes de abastecimiento de agua o de saneamiento.

2. Inmunización (pregunta 14.3)

- a) En cuanto a la cobertura de los niños, resulta muy útil para la gestión de los programas de inmunización calcular el porcentaje de niños vacunados al cumplir el primer año de vida. Se calcularán por separado las tasas de:
- inmunización completa contra las seis enfermedades del PAI;
 - inmunización completa con vacuna triple - contra la difteria, la tos ferina y el tétanos - (dos o tres dosis según el sistema de inmunización adoptado en el país);
 - inmunización contra el sarampión (una dosis);
 - inmunización completa contra la poliomielitis (tres dosis), con indicación del tipo de vacuna empleada (virus vivos o muertos);
 - inmunización contra la tuberculosis (una dosis).

Las tasas correspondientes a esos subindicadores se calcularán como sigue:

$$\frac{\text{Número de niños con inmunización completa} \times 100}{\text{Número de niños de un año de edad}}$$

Si en la programación nacional se han dispuesto vacunaciones en otro grupo de edad como, por ejemplo, la antisarampionosa en el segundo año de vida, se considerará el porcentaje de los niños inmunizados en ese grupo de edad (en ese caso, se hará constar claramente).

- b) Si en la programación nacional se ha dispuesto la inmunización antitetánica de las embarazadas, se calculará el porcentaje de las embarazadas inmunizadas con toxoide tetánico (dos dosis). Si también se inmuniza contra el tétanos a otros grupos de mujeres, se puede consignar ese dato, aunque lo que hace falta saber para una gestión apropiada del programa es el porcentaje de embarazadas protegidas contra la enfermedad. Para determinar la cobertura de las embarazadas, se calculará el porcentaje de las mujeres completamente inmunizadas con dos (o más) dosis de toxoide tetánico al término del embarazo.
- c) Si los datos disponibles corresponden a niños de grupos de edad distintos de los señalados, se indicará claramente de qué grupos se trata. Pero, a efectos de gestión apropiada de los programas de inmunización, es fundamental que se puedan desglosar los datos para determinar el porcentaje de los niños inmunizados en el primer año de vida (o en el segundo, si se trata del sarampión).
- d) Como la mayoría de los programas nacionales de inmunización cuentan con actividades de vigilancia de la cobertura, conviene coordinar el acopio y las fuentes de datos para evitar duplicaciones inútiles y discrepancias de los informes.

- e) En cada caso se indicarán el año de referencia y la fuente de los datos.
- f) Siempre que se pueda conviene facilitar un desglose por tipos de residencia (urbana o rural), y también por zonas geográficas y grupos socioeconómicos. Se determinarán todos los grupos con inmunización deficiente.
- g) Cuando la contribución de entidades benéficas o del sector privado sea importante, se tratará de calcularla.

3. Disponibilidad de atención de salud (pregunta 14.4)

El subindicador correspondiente es el porcentaje de la población que tiene acceso al tratamiento contra las enfermedades y los traumatismos comunes y a un suministro regular de 20 medicamentos esenciales a una distancia que pueda recorrerse en una hora de marcha o de transporte.

La tasa correspondiente se calculará como sigue:

$$\frac{\text{Número de habitantes con acceso a la atención local} \times 100}{\text{Población total}}$$

- a) Los criterios de accesibilidad son los siguientes:
 - Un suministro regular de medicamentos esenciales. ¿Está asegurado en todo el territorio nacional el suministro ininterrumpido de los medicamentos esenciales designados por el país?
 - Un mínimo de 20 medicamentos esenciales. Los países comunicarán su lista de medicamentos esenciales para los servicios de primera línea (por ejemplo, los puestos de salud). A veces su número es inferior a 20.
 - Una hora de marcha o de transporte. Si no se tienen datos de la duración del desplazamiento, pero sí de la distancia, ésta puede convertirse en tiempo. Por ejemplo, se suele tardar una hora en recorrer 5 kilómetros a pie y de 25 a 50 kilómetros en un vehículo de motor, según las condiciones de la carretera o del camino. Los países pueden calcular los factores de conversión según el terreno.
- b) En cada caso se indicarán el año de referencia y la fuente de los datos.
- c) Siempre que se pueda, conviene facilitar un desglose por tipos de residencia (urbana o rural) y también por zonas geográficas y grupos socioeconómicos.

- d) Cuando la contribución de entidades benéficas o del sector privado sea importante, se tratará de calcularla.
- e) Cuando convenga, se informará por separado de la disponibilidad de atención de salud local y de la disponibilidad ininterrumpida de medicamentos esenciales. Se señalarán todos los grupos que tengan una disponibilidad deficiente de medicamentos esenciales o de atención de salud local.
4. Atención de las embarazadas y los niños por personal cualificado (preguntas 14.5, 14.6 y 14.7)

- a) Para determinar el porcentaje de las embarazadas atendidas por personal capacitado (pregunta 14.5), se efectuará la operación siguiente:

$$\frac{\text{Número de embarazadas atendidas por personal capacitado} \times 100}{\text{Número de nacimientos vivos}}$$

- A efectos de vigilancia nacional se recomienda un desglose por centros de atención y tipos de personal. También se calculará el promedio de consultas prenatales.
 - Se describirá el tipo de formación del personal que presta esa asistencia (por ejemplo, enfermeras, agentes de salud de la comunidad, parteras adiestradas), junto con los criterios aplicados en la asistencia (por ejemplo, el número mínimo de consultas recomendado durante el embarazo).
 - El número de consultas prenatales y la atención prestada en esas consultas se valorarán con arreglo a normas nacionales para determinar si la situación es satisfactoria.
- b) Para calcular el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado (pregunta 14.6), se efectuará la operación siguiente:

$$\frac{\text{Número de partos asistidos por personal capacitado} \times 100}{\text{Número de nacimientos vivos}}$$

- Convendrá desglosar esa tasa por lugares donde se han efectuado los partos y por tipos de personal.
- Se describirá el tipo de formación del personal de asistencia (por ejemplo, enfermeras, agentes de salud de la comunidad o parteras adiestradas), además del lugar donde se han efectuado los partos (por ejemplo, en la vivienda o en una institución).

- La tasa calculada, junto con los datos sobre el lugar del parto y el tipo de formación se valorarán con arreglo a normas nacionales para determinar si la situación es satisfactoria.
- c) Para calcular el porcentaje de niños menores de un año atendidos por personal capacitado (pregunta 14.7), se efectuará la operación siguiente:

$$\frac{\text{Número de niños atendidos por personal capacitado} \times 100}{\text{Número de nacimientos vivos}}$$

- Se describirá el tipo de formación del personal que presta la atención de salud (por ejemplo, enfermeras o agentes de salud de la comunidad), junto con los criterios aplicados a esa atención (por ejemplo, el número mínimo de las consultas recomendadas durante el primer año).
 - El número de las consultas pediátricas y el tipo de atención prestada en esas consultas se valorará con arreglo a normas nacionales para determinar si la situación es satisfactoria. Se calculará el promedio de consultas/contactos.
- d) En cada caso se indicarán el año de referencia y la fuente de los datos.
 - e) Siempre que se pueda, conviene desglosar los datos por sexos, por tipos de residencia (urbana o rural) y también por zonas geográficas y grupos socioeconómicos. Se señalarán todos los grupos que tengan una disponibilidad deficiente de atención de las embarazadas.
 - f) Cuando la contribución de entidades benéficas o del sector privado sea importante, se tratará de calcularla.

VI. SITUACION SANITARIA Y SOCIOECONOMICA

PUNTO 15: SITUACION SANITARIA

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 15:

1. Estado nutricional de los niños (preguntas 15.1 y 15.2)

El octavo indicador mundial es el número de países donde "el estado nutricional de los niños es satisfactorio por cuanto:

- el 90% por lo menos de los recién nacidos tienen un peso al nacer de 2500 g como mínimo;

- el 90% por lo menos de los niños tienen un peso para la edad que corresponde a las normas basadas en los valores de referencia establecidos en el anexo 1 de Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000".

Las tasas correspondientes se calcularán como sigue:

$$\frac{\text{Número de recién nacidos con un peso natal mínimo de 2500 g}}{\text{Número de nacimientos vivos}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de niños menores de 5 años con un peso para la edad conforme a los val. de ref.}}{\text{Número de niños menores de cinco años}} \times 100$$

- a) Se observará que el peso natal es un indicador de la salud y del estado nutricional de la madre a la vez que de la salud y del desarrollo ulteriores del niño.
 - b) El peso natal se medirá en las primeras horas de vida, antes de que se produzca una pérdida posnatal apreciable de peso. Cuando exista, se facilitará por separado la información sobre nacimientos prematuros.
 - c) Los valores de referencia del peso para la edad son los que figuran en la columna "mediana-2 DT (kg)" en los cuadros del anexo 1 de Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000 (Serie "Salud para Todos", N^o 4). Se indicarán el número de los niños estudiados y su representatividad. Se recomienda desglosar los datos por sexos y por grupos de un año de edad. Si no se tienen datos de "peso para la edad", se pueden sustituir o complementar con datos de peso para la estatura en niños menores de cinco años. El valor de referencia será entonces la "mediana-2 DT" de peso para la talla que figura en el anexo 3 del documento mencionado en el apartado c).
 - d) Se indicarán las fuentes (por ejemplo, registros civiles, registros hospitalarios o encuestas por muestreo) y el año de referencia de los datos.
 - e) Si los datos sólo se refieren a una zona geográfica o a un grupo de edad determinados, habrá que especificarlo. Es particularmente importante determinar las zonas geográficas o los subgrupos de población que sufren de nutrición inadecuada.
2. Mortalidad infantil (pregunta 15.3)

El noveno indicador mundial es el número de países donde "la tasa de mortalidad infantil para todos los subgrupos que pueden identificarse es inferior a 50 por 1000 nacidos vivos".

La tasa correspondiente se calculará como sigue:

$$\frac{\text{Número de muertes de menores de 1 año} \times 1000}{\text{Número de nacimientos vivos}}$$

- a) El elemento crítico de este indicador es la expresión "todos los subgrupos que pueden identificarse". Desde luego, se facilitará la tasa nacional, pero además es importante que se presenten las tasas desglosadas por sexos y por tipo de población (urbana o rural), y también, cuando sea posible, por zonas geográficas y zonas socioeconómicas. En algunos países conven- drá también desglosar esa tasa por grupos étnicos. También se facilitarán las definiciones nacionales de población urbana y rural y de las demás sub- divisiones.
- b) Respecto de los grupos o de las zonas con tasas más altas de mortalidad infantil podrán mencionarse las medidas propuestas para corregir la situación.
- c) Cuando exista, se facilitará la meta nacional de tasa de mortalidad infan- til.
- d) Se indicarán el año de referencia, la fuente (por ejemplo, registros civi- les o encuestas por muestreo) y la representatividad de los datos.

A ese efecto podrá emplearse el cuadro siguiente:

Año: 198_

Zona/grupo	Nº de nacimientos vivos	Nº de muertes infantiles	TMI*/1000 nacimientos vivos
Todo el país			
Niños Niñas			
Población urbana Población rural			
etc.			

* Tasa de mortalidad infantil.

3. Esperanza de vida al nacer (pregunta 15.4)

El décimo indicador mundial es el número de países donde "la esperanza de vida al nacer es de más de 60 años".

- a) En la publicación citada a pie de página¹ se explica un procedimiento simple para calcular la esperanza de vida. La esperanza de vida al nacer no puede establecerse con precisión en países con menos de un millón de habitantes sobre la base de los datos correspondientes a un solo año civil. En países de menos de un millón de habitantes, pero de más de 200 000, el indicador podrá calcularse aunando los datos correspondientes a un periodo de 2 a 5 años. En países de menos de 200 000 habitantes, ese indicador podrá sustituirse por la edad media de fallecimiento.
- b) Cuando se tengan datos suficientes se indicarán por separado la esperanza de vida de niños y niñas. Las variaciones de la esperanza de vida por zonas geográficas y subgrupos socioeconómicos también son importantes, y se definirán las zonas o los grupos con menor esperanza de vida.
- c) Se indicarán el año de referencia, la fuente (por ejemplo, tasas de mortalidad basadas en cómputos exhaustivos, en encuestas por muestreo o en estimaciones) y la representatividad de los datos.

PUNTO 16: ALGUNOS INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

Elementos que deben tenerse en cuenta en relación con el punto 16

1. Tasa de alfabetismo de los adultos (pregunta 16.1)

El undécimo indicador mundial es el número de países donde "la tasa de alfabetismo de adultos para hombres y mujeres sobrepasa el 70%".

Las tasas correspondientes se calcularán como sigue:

$$\frac{\text{Número de varones alfabetizados mayores de 15 años} \times 100}{\text{Número de varones mayores de 15 años}}$$

$$\frac{\text{Número de mujeres alfabetizadas mayores de 15 años} \times 100}{\text{Número de mujeres mayores de 15 años}}$$

- a) Se indicarán el año de referencia, la fuente (por ejemplo, censos o encuestas por muestreo) y la representatividad de los datos.
- b) Es importante definir las zonas o los grupos de población del país con un índice bajo de alfabetización femenino.

¹ Serie "Salud para Todos", N° 4, 1981 (pp. 76-80).

2. Producto nacional bruto (PNB) por habitante (pregunta 16.2)

El duodécimo indicador mundial es el número de los países donde "el producto nacional bruto por habitante sobrepasa los US\$ 500".

El PNB por habitante se expresará en la moneda nacional y también en dólares. Se especificará el año al que corresponde la cifra. Si no se conoce el PNB, podrá emplearse el producto interior bruto (PIB).

- = =